



Fundação de Seguridade Social

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## Tipo 17

2 - Número da Guia

### 9999999999

1 - Registro ANS <b>323080</b>	3 - Data da Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------	-----------	-----------------------	------------------------------

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data de Validade Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde - CNS
13 - Nome		14 - Telefone	15 - Nome do Titular do Plano	

### DADOS DO CONTRATADO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBO S
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	21 - Nome do Contratado Executante		22 - Número no CRO	23 - UF	24 - Código CNES
25 - Nome do Profissional Executante			26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO S

### PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS / PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

It.	29-Tab	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33 - Face	34- Qtde	35 - Quantidade US	36 - Valor	37 - Franquia/ Co-participação	38 - Aut	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												

41 - Data de término do tratamento	42 - Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Trat Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urg/Emergência 5 - Auditoria	43 - Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> T- Total P- Parcial	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R\$	46 - Total Franquia/Co-participação R\$
------------------------------------	--	--	--------------------------	----------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a GEAP a pagar em meu nome e por minha conta, o profissional contratado que assina esse documento, valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

47 - Observação

48 - DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE	49 - DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRURGIÃO DENTISTA	50 - DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL	51 - DATA, LOCAL E CARIMBO DA EMPRESA
---	---	---	---------------------------------------

